

国民健康保険療養費（特別療養費）支給申請書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者（世帯主）住 所 _____
 氏 名 _____
 個人番号 _____
 電 話 _____

以下のとおり申請します。なお、窓口に行けない場合は次の者に申請書の届出を委任します。

受任者（届出人）住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____

委任者（世帯主）からみた続柄 _____

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			個 人 番 号		
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名			世 帯 主 と の 続 柄	交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為	有 ・ 無
傷 病 名					
発 病 ・ 負 傷 年 月 日			療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間
診 療 薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院 診 療 所 薬 局 そ の 他 の 名 称 及 び 所 在 地					
診 療 又 は 調 剤 に 従 事 し た 医 師 歯 科 医 師 又 は 薬 剤 師 の 氏 名					
療 養 の 給 付 を 受 け る 事 が で き な か っ た 理 由	発 病 の 原 因		備 考		
	傷 病 の 経 過				
	療 養 内 容				
療 養 を 要 し た 費 用	円	審 査 決 定 費 用 額	円	支 給 決 定 金 額	円
振 込 先					
<input type="checkbox"/> 申請者（世帯主）の公金受取口座を利用します。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。					
振 込 先 金 融 機 関			銀 行 信 用 金 庫 農 協	支 店 出 張 所	
預 金 種 別	1. 普通預金		2. 当座預金		
口 座 番 号 (フ リ ガ ナ)					
口 座 名 義 人 氏 名					

※ 世帯主（届出人が届け出る場合は届出人）の本人確認書類を添付してください。また、世帯主以外の口座に振り込みを希望し、かつ、世帯主以外の人が届け出る場合は、世帯主の本人確認書類も添付してください。

世帯主の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード(写真あり)・在留カード・障害者手帳・その他(顔写真の貼られた証明書等)	()
2点	資格確認書・年金手帳・年金証書・学生証(写真あり)・社員証(写真あり)・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・その他()	()

届出人の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード(写真あり)・在留カード・障害者手帳・その他(顔写真の貼られた証明書等)	()
2点	資格確認書・年金手帳・年金証書・学生証(写真あり)・社員証(写真あり)・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・その他()	()